

○奥山総括調整官 定刻になりましたので、第229回「社会保障審議会介護給付費分科会」を開催いたします。

委員の皆様方におかれましては、お忙しい中、御出席を賜りまして、誠にありがとうございます。

本日は、こちらの会場とオンライン会議を活用しての開催とさせていただきます。

また、本会議は、動画配信システムでのライブ配信により、公開いたします。

本日の委員の出席状況ですが、大石委員、奥塚委員、長内委員より、御欠席の連絡をいただいております。また、御欠席の大石委員に代わり新田参考人に、小山内委員に代わり山岸参考人に御出席いただいております。なお、小林委員、田母神委員については、遅れて御出席いただく旨の御連絡をいただいております。

以上により、本日は19名の委員に御出席いただいておりますので、社会保障審議会介護給付費分科会として成立することを御報告いたします。

それでは、議事に入る前に、資料の確認とオンライン会議の運営方法の確認をさせていただきます。

事前に送付しております資料を御覧ください。同様の資料をホームページにも掲載しております。

次に、会議の運営方法でございます。

オンラインにて出席の委員の皆様におかれましては、会議の進行中は基本的にマイクをミュートにさせていただき、御発言をされる際には、Zoomツールバーの「リアクション」から「手を挙げる」をクリック、分科会長の御指名を受けてから、マイクのミュートを解除して御発言いただくようお願いいたします。御発言が終わりました後は、再度マイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。

冒頭のカメラ撮影は、ここまでとさせていただきます。

（カメラ退室）

○奥山総括調整官 それでは、以降の進行は田辺分科会長をお願いいたします。

○田辺分科会長 それでは、議事次第に沿って進めさせていただきます。

本日は、令和6年度介護報酬改定に向けて、各サービスについての議論を行います。

事務局においては、資料説明を簡潔に行っていただきますよう、御協力をお願いいたします。

まず、議題1「令和6年度介護報酬改定に向けて」について、事務局より、各サービスの資料説明をお願いいたします。

よろしくをお願いいたします。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 認知症施策・地域介護推進課長でございます。

まず、資料1「通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護（改定の方向性）」

について、御説明させていただきます。

4 ページ、5 ページに、第1ラウンドでいただいた御意見をまとめさせていただいております。例えば、通所介護の関係では、入浴介助加算に関する御意見、特別地域加算等に関する御意見、新型コロナウイルス感染症への対応への御意見等々をいただいたところでございます。

6 ページに、事業者団体ヒアリングにおいていただいた御意見について、まとめさせていただいております。

9 ページでございます。論点1、入浴介助加算の見直しについて、御説明させていただきます。論点でございます。御意見をいただいているところでございますが、この入浴介助加算（I）及び（II）について、令和3年度介護報酬改定でこの区分（II）を設けさせていただいたところでございます。現在の算定率は、お示しのおりとなっております。この算定につきまして、留意事項通知及びQ&Aで詳細な要件を示してきたところでございますけれども、この算定できない理由について少し疑義や照会をいただいている状況でございます。この算定ができない理由として、医師等の確保・連携が困難であるという御回答いただいた割合が多かったということ、随時、資料とともに改めてお示しさせていただいております。こうしたより自立支援に資する入浴介助の取組を促進するためにどのような対応が考えられるかという論点をお示しさせていただいております。対応案でございます。まず、入浴介助加算（I）についてでございます。入浴は大変重要な技術かつ尊厳を守るために非常に重要な行為でございます。入浴介助の技術として求められる研修内容をよりしっかりとやっていただきたいということで、算定要件に組み込む等、より適切な実施が行われるように見直してはどうかという対応案を提示させていただいております。入浴介助加算（II）の算定要件につきまして、算定している事業所及び算定に至っていない事業所が共通で算定に対する課題だと感じている点については、論点でもお示ししておりますけれども、現在、Q&A等で示している項目につきまして、さらに厚生労働大臣が定める基準告示等に明記することでより明確にしていくこととしてはどうかという対応案、また、利用者宅浴室の環境評価・助言につきまして、「医師等」とは、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員等も含んでございますけれども、それに代わりまして、介護職員が訪問いたしまして、医師等の指示の下でICT機器を活用して状況把握を行い、医師等が評価・助言する場合も算定することを可能としてはどうかという対応案をお示しさせていただいております。

関連する資料が10ページ以降、現行のQ&A等につきまして14ページにお示しさせていただいております。

15ページが、現状の課題の資料でございます。

以上、論点1でございます。

論点2、個別機能訓練加算の適正化という論点でございます。個別機能訓練加算につきましては、16ページでございます。令和3年度介護報酬改定におきまして、より利用者の

自立支援等に資する個別機能訓練の提供を促進する観点から、従来の（I）と（II）を統合させていただいて、人員配置基準等の算定要件の見直しを行わせていただいたところがございます。この改定におきまして、人員配置につき、専従1名以上を要件とする上位区分（I）ロを設けたという経緯がございます。他方、個別機能訓練加算の算定事業所におきましては、所要時間区分での配置をしている事業所も一定数がある一方で、個別機能訓練に係る平均実施時間が10分から20分未満の割合も高いところがございます。こうした現状を踏まえまして、この論点といたしまして、配置時間と1日当たりの利用者への個別機能訓練の平均実施時間の比較を踏まえまして、さらなるこの機能訓練指導員の有効な活用等に向けてどのような対応が考えられるかという論点とさせていただいております。対応案につきまして、1日当たりの利用者への個別機能訓練に係る平均実施時間と人材の有効活用の観点から、機能訓練指導員の配置に対して緩和を行うとともに、現行の個別機能訓練加算（I）ロについて、同様に適正化を図ることとしてはどうかという対応案を御提案させていただきます。

その現状と改正案の図示が、17ページでございます。

そちらのバックデータが、18ページ、19ページとなっております。

論点3でございます。通所系サービスにおける3%加算・規模区分特例についてという論点を示させていただいております。新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえまして、令和2年度の臨時特例、令和3年度報酬改定の3%加算・規模区分の特例等を実施させていただいたところであります。現在は、御承知のとおり、新型コロナウイルス感染症については5類ということで、現在、平均受給者数等は戻りつつある状況と捉えております。今後、このような新たな新興・再興感染症の発生や大規模な災害についてどのような対応が考えられるかという論点とさせていただきます。対応案でございます。今後、新興・再興感染症や大規模な災害等が起りまして、感染症蔓延時や被災した場合に、通所介護の利用が困難となるようなケースが生じた場合、今回の経験を踏まえまして、3%加算と規模区分の特例を緊急時の対応加算として存置することとしてはどうかという対応案を御提案させていただきます。

現状の特例が21ページ、適用状況につきまして、22ページ、23ページとなっております。

最後、論点4でございます。豪雪地帯等に対する通所介護等の取扱いの明確化の論点でございます。現在、豪雪地帯の通所系サービスに関する取組といたしまして、御承知のとおり、各種、特別地域加算、小規模事業所加算、中山間地域等へのサービス提供加算と3種類の特例を設けているところがございます。令和4年度の経営概況調査におきまして、豪雪地帯とその他地域の通所系の送迎に係る支出を調査させていただいております。ただ、こうした老健事業という調査の中もしくは経営概況調査特別集計等々の結果から申し上げますと、豪雪地帯よりもその他の地域のほうが「車両費」においては高いなど、必ずしも豪雪地帯だけに特化した結果が得られていない状況でございます。他方、豪雪地帯に対す

る通所介護等の取扱いにつきまして、積雪等のやむを得ない事情の中でもサービス提供を行っていただいている実態もございまして、どのような対応が考えられるかという論点でございます。対応案でございます。現行の指定居宅サービスの留意事項通知におきまして、当日の利用者の心身の状況等から、実際の通所介護の提供が計画上の所要時間よりもやむを得ず短くなった場合に、計画上の単位数を算定して差し支えないとしているところでございます。こうした現行の取扱いにつきまして、事業者の持続的なサービス提供に資する観点から、利用者の心身の状況に限らず、積雪等のやむを得ない事情についても、通知上、明記することで、この要件の明確化を図ることとしてはどうかという対応案を御提案させていただきます。

関連資料が、25ページ、26ページでございます。

参考資料については、割愛させていただきます。

以上でございます。

○古元老人保健課長 続きまして、老人保健課長でございます。

資料2に基づきまして、「療養通所介護（改定の方向性）」について、御説明申し上げたいと思います。

まず、資料の3ページ、「これまでの分科会における主なご意見」といたしまして、療養通所介護の在り方、利用ニーズへの対応といった論点から、いろいろと御意見をいただいているところでございます。

早速、論点でございますが、7ページ、論点1、短期利用の評価についてでございます。療養通所介護の利用者は、脳血管疾患、神経難病等の常時対応が必要な疾患を有する医療ニーズの高い利用者が他サービスよりも多いといった状況でございます。また、令和3年度介護報酬改定で包括報酬になりましたことから、登録者以外の利用や新たに利用する際の判断が難しいといった声をいただいているところでございます。対応案でございます。医療ニーズを有する中重度者が必要に応じて利用しやすくなるよう、療養通所介護において短期利用可能としてはどうか。

関連する資料としては、9ページでございます。利用者の方からは、新規の相談があってもお試し利用ができず利用につながらなくなったといった声もいただいているところでございます。

続きまして、10ページでございます。論点2、重度者のケア体制の評価についてでございます。現在、先ほど申し上げましたとおり、令和3年度の介護報酬改定で月当たり包括報酬となりまして、介護度にかかわらず、一律の報酬といった体系でございます。こうした中で、要介護4・5といった重度の利用者の受入れが行われている。このような状況を踏まえまして、安定的に重度者へのサービス提供をする体制を構築するための方策について、どう考えるかということでございます。対応案でございますが、主に中重度の利用者を対象とする療養通所介護について、特に手厚い人員を配置しかつ要介護度の高い利用者の割合が大きい事業所について、人員体制、管理体制等を評価してはどうか。併せまして、

この利用者に対して、適切な医療的ケアを提供するための手続などを明確化してはどうか。こういった論点と対応案でございます。

続きまして、13ページ、論点3となります。地域包括ケアの推進と地域共生社会の実現に資する取組は、去る23日に行われました給付費分科会で、小多機・看多機等にも同様の論点を提示させていただいているところでございます。療養通所介護は、児童発達支援や放課後等デイサービス等の障害福祉サービスを併設している事業所が4割程度でございます。こうした地域共生社会の中で大きな役割を果たしていらっしゃるということでございます。その他、記載のような様々な取組をしているといった現状を踏まえまして、多様なサービスを包括的に提供し、地域包括ケアを構築する取組を推進するために、どのような方策が考えられるかということでございます。対応案といたしましては、療養通所介護が、地域包括ケアの担い手として、地域に開かれた拠点となり、サービスの質の向上を図りつつ、認知症対応を含む様々な機能を発揮し、地域の多様な主体とともに利用者を支える仕組みづくりを促進する観点から、地域包括ケアの推進と地域共生社会の実現に資する取組について、障害福祉サービス等における報酬改定を考慮し、新たに評価することとしてはどうか。具体的な内容としては、そちらに記載のとおりでございます。

また、14ページ以降、療養通所介護が併設しているサービス、地域共生社会への取組といった関係資料をつけさせていただいております。

以上、療養通所介護でございます。

続きまして、資料3に基づきまして、「通所リハビリテーション（改定の方向性）」について、御説明申し上げたいと思います。

資料の4ページから5ページにかけて、分科会における主な御意見、6ページも、同じくヒアリングでこういった御意見を様々ないただいているところでございます。

早速、論点に入りたいと思いますが、9ページを御覧ください。論点1、リハビリテーションにおける医療・介護連携の推進でございます。退院後から通所リハビリテーションを利用開始するまでの期間が短いほど機能の回復が大きい傾向が見られている一方で、実際に利用開始まで2週間以上かかっている利用者が一定程度いらっしゃる。また、医療で行われているリハビリテーションの実施計画書を入手していたのが44%の利用者にとどまっており、より連続的で質の高いリハビリテーションが行われる必要がございます。また、通リハにおける退院時の医療機関との連携につきましては、現行、基準上の要件、例えば、訪問看護で設けられている退院時共同指導を行った際の加算などの評価はないといった現状がございます。よりシームレスに必要な方に早期に質の高いリハビリテーションを提供するために、どのような方策が考えられるか。対応案でございます。まず、ケアプラン作成に係る時間を短縮するために、ケアプランにリハビリテーションを位置づける際、意見を求めることとされている「主治の医師等」に、入院先の医療機関の医師を含むことを明確化してはどうか。退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施するために、以下の対応を行ってはどうか。1つ目として、基本方針の

算定要件に、医療機関のリハ計画書を入手した上でリハ計画を作成することを加える。また、2つ目といたしまして、通りハ事業所の理学療法士などが利用者の退院前カンファレンスに参加いたしまして退院時共同指導を行った場合の加算を新たに設ける。こういった対応案でございます。

10ページ目が、新しいスライドでございます。今回のリハビリテーションの流れ、また、課題がどこにあるのかといったことをお示ししたものでございます。

以降、関連資料でございます。

続きまして、14ページ、論点2でございます。リハビリテーションの充実に向けた基本方針の見直しということで、現在、通りハの報酬体系は、「規模別」、「時間区分別」を基本といたしまして、それぞれに応じた単位数が設定されてございます。この規模別の単位数設定につきましては、そのスケールメリットに着目した評価ではございますが、大規模な事業所であっても、体制を整え、個々の利用者のニーズに応じたリハビリテーションを行う施設については、必ずしもスケールメリットが働かないとの御指摘がございます。こういったことについて、どのような対応が考えられるかといったことでございます。対応案といたしましては、個々の利用者のニーズに応じてリハビリテーションマネジメントを実施する体制などが充実している事業所については、このスケールメリットは限定的になることから、現在の大規模型の報酬について一定の見直しを行ってはどうか。こういった対応案でございます。

15ページを御覧いただきますと、現在の通所リハビリテーション、通常型、大規模型(I)、大規模型(II)という設定になっておりますけれども、それぞれの経営状況、また、過去2回の報酬の見直しの概要をお示したスライドでございます。

続きまして、17ページ、論点3、介護予防通所リハビリテーションの質の向上に向けた評価でございます。介護予防リハビリテーションについては、前回の改定において12月減算が新設され、一定割合の方が算定している状況でございます。一方で、介護予防サービスにつきましては、単に長期間利用を適正化するのではなく、機能維持ができていることを評価すべきといった御意見は分科会でもいただいているところでございます。また、事業所評価加算については、算定率が非常に低く、要介護認定の有効期間との関係がございまして、現状に合致した評価になっていないといった御指摘もあるところでございます。そこで、対応案でございます。介護予防通所リハビリテーションの長期間利用者については、リハビリテーション会議でリハビリテーション計画の見直しを行うなど、適切なマネジメントを行った上で、定期的にLIFEへのデータ提出を実施する利用者とそれ以外の利用者について評価の差別化を行ってはどうか。また、要介護認定制度の見直しに伴いまして、事業所評価加算については見直しを行い、LIFEへのデータ提出を推進することとしてはどうか。その上で、より適切なアウトカム評価に向けて検討を行うこととしてはどうか。こうした対応案でございます。

以降、関係する資料をおつけしてございまして、例えば、20ページにございまして、

事業所評価加算の算定率は、現在、9.8%といった状況でございます。

続きまして、23ページ、論点4、リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組の推進。まず、リハ・口腔・栄養の取組は、一体となって運用されることで、より質の高いサービスの提供が可能となったという報告がございます。さらに推進していく観点からの対応についてでございます。対応案でございます。その一体的な取組をさらに推進していく観点から、リハビリテーションマネジメント加算について、口腔・栄養のアセスメントも併せて実施した上で管理した場合の評価を新たに設けること、また、一体的実施計画書の様式の見直しといったことを検討してはどうかといった内容でございます。

続きまして、29ページ、論点5をお示ししてございます。運動器機能向上加算の見直しでございます。運動器機能向上加算につきましては、理学療法士等を配置し、月1回の身体機能評価を行うことを評価する加算でございます。現在、算定率が89.7%でございます。予防通所リハにおける身体機能評価をさらに推進し、報酬体系の簡素化といった観点から、どのような方策が考えられるか。対応案でございます。運動器機能向上加算を廃止いたしまして、同加算の算定要件は基本方針の算定要件としてはどうか。併せて、運動器機能向上への取組を評価してございます選択的サービス複数実施加算について、これに合わせて必要な見直しを行ってはどうか。こうした対応案でございます。

最後、論点6、32ページでございます。機能訓練事業所の拡充でございます。障害サービスに関わる部分でございますけれども、自立訓練の利用者数が低位のまま推移してございまして、なかなか事業所の確保が難しいといった課題がございます。また、介護保険の通所介護事業所及び小多機でありますところの提供が可能になっておりますけれども、障害者の身体機能・生活能力の維持・向上等に関する支援ニーズに十分応えられていないといった御指摘もございます。障害福祉サービス等報酬改定検討チームにおきまして、通所リハ事業所における共生型自立訓練または基準該当自立訓練の提供が検討されてございます。こうした背景の中で、こういったニーズに対応するためにどのような方策が考えられるか。対応案でございます。介護保険の通所リハビリテーション事業所において、共生型自立訓練または基準該当自立訓練の提供を行う場合に、人員や施設の共有を可能とすることとしてはどうか。こうした対応案でございます。

以降、参考資料をおつけしてございます。

説明は、以上でございます。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 戻りまして、また認知症施策・地域介護推進課長でございます。

資料4、短期入所生活介護、いわゆるショートステイにつきまして、改訂の方向性を御説明させていただきます。

資料の4ページ、5ページに、第1ラウンドでの御意見の概要をつけさせていただいております。長期医療の関係、もしくは、医療的ケア、医療との連携の関係、総じて申し上げまして、このショートステイの機能というものをどう考えるかという御意見をいただい

たものと承知しております。

論点1、今回、看取り対応を行った場合の評価という論点を提示させていただいております。8ページでございます。看取り期においても、この介護サービス利用者ができる限り在宅生活を継続しながら暮らし続ける体制づくりが重要と承知しております。今回、この短期入所だけでなく、議論としては各論でやらせていただいておりますが、もう少し包括的なこの看取りの関係の重要性の御指摘をいただいているところでございます。この短期入所生活介護においても看取りのニーズがあるということございまして、サービスの目的を果たしながら看取りへ対応したことを評価する観点から、どのような対応が考えられるかという論点でございます。対応案でございます。泊まり機能を有するショートステイにおきまして、事業所の看取り期の利用者に対するサービス提供体制を強化する観点が必要であると考えまして、レスパイト機能を果たしつつも看取り期の利用者に対しましてサービス提供を行った場合は、新たに看取り期における取組を評価することとしてはどうかという対応案を提示させていただきます。なお、新たな加算ということでございまして、看護職員の体制や看取り期における対応方針を作成していることを要件とすべきと考えますし、相当期間以上のサービス利用が行われる場合には、算定に制限を設けることとしてはどうかという対応案を併せて御提案させていただきます。

10ページでございます。1点だけ補足させていただきます。資料におきましても、例えば、これは第1ラウンドでもお出ししておりますが、ショートステイにおきまして看取り期のケアが存在しているということに着目した御提案でございます。他方、ショートステイにおいて看取り対応を推奨するというよりは、趣旨といたしまして、実際にこういったことが存在しており、そこに関する手間が発生しているということの評価としてはどうかという論点であることを少し補足させていただきます。

論点2、長期利用の適正化も、御意見をいただいた論点でございます。短期入所生活介護におきまして、自費利用を挟みまして連続して30日を超えて同一のショートステイを利用している方に対して、現行でも連続30日を超えた日から減算を行うこととさせていただいております。他方、事業所ベースでこの算定率が72%になっておりまして、引き続き多くの事業所で長期利用がされている状況もあるということでございます。また、この30日を超えたサービス提供を受けている場合に30日を超える日移行は算定しないという規定はございますが、長期利用を行う場合の減算が適用されず、予防の短期入所生活介護でも一定の長期利用者がいるという実態でございます。こうした現状とサービスの趣旨を踏まえまして、目的に応じた理由を促す観点から、どんな対応を考えられるかという論点でございます。対応案でございます。短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護における長期利用につきまして、施設入所と同様の利用形態となっていることに着目しまして、施設入所の報酬単位との均衡を図ることとしてはどうかという対応案を御提案させていただきます。

現行の資料が13ページございまして、算定割合の資料が14ページ、利用の実態が15ペ

ージ、16ページは要介護・要支援の度数の割合という資料となっております。

また、その理由等々を、17ページ、18ページの資料としておつけさせていただいているところがございます。

以上でございます。

○古元老人保健課長 続きます、資料5に基づきまして、「短期入所療養介護（改定の方向性）」でございます。

4ページに、これまでの分科会における主な御意見、総合医学管理加算、その他についての御意見をいただいているところがございます。

早速、論点を御説明申し上げたいと思います。7ページ目を御覧ください。論点1、高齢者は、急性疾患や治療に伴う安静臥床等の影響により、ADLや認知機能等が容易に低下することが指摘されておりまして、一般病棟に入院することにより、ADLなどの生活機能や要介護度が悪化することが報告されてございます。他方、老健施設の短期入所療養介護におきましては、そちらの記載のとおり、高齢者の特性を踏まえつつ治療が行われているといった実態がございます。前回の改定で創設いたしました総合医学管理加算につきましては、現在、算定状況がおおむね月に40～60件程度といった状況でございます。また、そちらに記載のとおり、短期入所療養介護を利用された方のうち51%の方についてはあらかじめ予定されていた短期入所の利用時に治療管理が行われていた。また、7日を超えて治療を継続して治癒した方が一定数はいらっしゃるといったデータも新しく得られているところがございます。こうした中で、どのような対応が考えられるか。対応案でございます。総合医学管理加算につきましては、医療ニーズのある利用者の受入れをさらに促進していくため、もともと予定されていた短期入所において治療管理を行った場合についても評価することとしてはどうか。また、総合医学管理加算の算定日数は7日を限度としてございますが、必要な治療管理を評価する観点から、算定日数を10日に延長してはどうかといった内容でございます。

8ページが総合医学管理加算の概要、算定状況が9ページ以降でございます。

最後、11ページには、主たる疾患の治療状況ということで、一定割合の方が7日を超えて治療を行っているといった状況がございます。

資料の説明は、以上となります。

御協議をよろしくお願いいたします。

○田辺分科会長 御説明をありがとうございました。

それでは、ただいま説明のございました事項について、御意見、御質問等がございましたら、よろしくお願いいたします。会場の方は挙手にて、オンラインの方はZoomの「手を挙げる」機能を使用いただき、私の指名により、発言を開始していただければと思います。各委員におかれましては、御発言は論点に沿って簡潔に行っていただきますよう御協力をお願いいたします。

まず、山岸参考人、よろしくお願いいたします。

○山岸参考人 分科会長、ありがとうございます。全国市長会、豊中市長、長内の代理で出席しております、参考人の福祉部長寿社会政策課の山岸です。よろしく願いいたします。

私からは、資料1と資料3と資料4に関して、意見を申し上げます。

資料1の6ページの各団体からの要望や資料3の論点6に関するものになりますが、共生型サービスについてでございます。共生型サービスについては、人材不足が見込まれる地方において、多様化・複雑化する介護・福祉ニーズに対応し、地域の実情に応じた必要なサービスを提供するため、整備が求められているところでございます。一方で、基本報酬の減算によって、収益性の観点から参入を踏みとどまる事業者もあり、普及が進んでいないという声が上がっております。誰もが住み慣れた地域で必要なサービスを受けられる体制の構築のため、基本報酬の減算の取扱いを見直すなど、共生型サービスの普及に向けた検討を行っていただきたいと存じます。

続きまして、資料1の論点1についてでございます。本市の事業者からも、中重度の利用者への入浴介助には人員が必要との声もあり、その視点からの評価も検討いただきたいと存じます。

次に、論点3についてでございます。通所系サービスにおける3%加算・規模区分の特例について、緊急時の加算として存置するのであれば、本市の担当課に減少率の算出において誤った理解をされている事業者からの届出があったことから、現場での理解が進むよう、緊急時の特例であることをQ&Aや留意事項通知で明確に示していただきたいと存じます。さらに、介護報酬の算定構造において、特例による規模区分と本来の規模区分の違いが分かるように、事業所規模区分の設定などの対応をお願いしたいと存じます。

続きまして、資料4についてでございます。短期入所生活介護の長期利用について、報酬単位での均衡を図るだけでなく、サービスの位置づけなど、適正化の観点から検討する必要もあると存じます。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、新田参考人、よろしく申し上げます。

○新田参考人 本日は、大石知事が公務により参加できないため、長崎県福祉保健部長の新田が参考人として出席させていただいております。

資料1及び資料3について、2点、意見を申し上げます。

まず、資料1の通所介護等につきましては、これまでの分科会において、本県から、離島や中山間地域における特別地域加算等の適用拡大について意見を申し上げてきたところですが、今回、24ページの論点4として、豪雪地帯等に対する通所介護等の取扱いの明確化を図ることとしてはどうかということであり、そのような実態に応じた取扱いの見直しも重要と存じますが、加えまして、さらなる支援が必要であると考えます。本県には、地域密着型も含め、通所介護事業所が島内に1か所しかないという中小規模の離島が9つあり

ます。定員は20人未満が多く、スケールメリットが働きにくいいため、サービスの存続が困難になっている状況です。このような事業所が閉鎖となった場合、サービスが受けられず、島内に住み続けることができない高齢者が増えることが懸念されます。地元自治体では、介護分野以外の事業所との協働や地域助け合いの創出などの取組も一方で進めているところではございますが、介護人材不足や物価高の影響が深刻であり、事業所を存続させるための対策が急務となっております。このようなことから、介護資源が脆弱な地域でサービスを確保していくため、離島や中山間地域における特別地域加算等の充実につきましても引き続き御検討いただきますようお願い申し上げます。

次に、資料3、通所リハビリテーションの論点4、リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組の推進につきまして、意見を申し上げます。在宅の療養者に対し、リハビリテーション専門職、歯科衛生士、管理栄養士等が緊密に情報を共有し、サービスが提供されることは重要であると考えます。しかし、資料3の24ページの一体的取組の推進による効果を見ると、新たな課題やニーズの早期把握や情報連携の頻度が増えたなど、職員側のメリットに関する回答割合が多く、利用者のアウトカムの改善に効果があったとの回答の割合が少ないように見受けられます。高齢化が先行している地方にとって、疾患等による心身・ADLの機能低下は喫緊の課題であり、多職種による専門的な関わりによって提供される通所リハビリテーションは課題の解決に寄与する重要なサービスであります。ADLの維持・向上といったアウトカムの達成をしっかりと評価いただくことを期待するとともに、専門職の技能向上や多職種連携の強化によるさらなる質の向上を期待するところです。特に、現場からは高齢者の口腔ケアの重要性について御意見をいただいております。口腔・栄養のアセスメントを併せたリハビリテーションの質の管理の評価に当たっては、歯科衛生士の技能向上や歯科医師との連携強化が図られるよう配慮していただきたいと考えております。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

ほかはいかがでございましょうか。

古谷委員、よろしく申し上げます。

○古谷委員 ありがとうございます。全国老協協の古谷でございます。

本日、全国老協協より、令和6年度介護報酬改定に向けた要望について、参考資料として提出させていただきました。本会が毎年実施している令和4年度の収支状況等調査の速報値によれば、特養の赤字施設の割合は62%と大きく増加し、収支差も-2.8%と初めてのマイナスになり、落ち込み幅も大変大きいものとなっております。通所介護においても、収支差率は-5%となっていることが明らかになりました。また、介護現場から離職者が顕著に増加しており、他産業への流出も多く見られております。このため、地域の介護基盤が継続できるよう、加えて、他産業と遜色のない賃上げが実現できるよう、物価・賃金の上昇に見合う大幅な基本報酬の増額を行っていただきたいと要望します。全てを御説明する時間がございませんので、後ほど御一読いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

ます。

続きまして、資料1、通所介護についてです。

本会調査で通所介護の収支差率は-5%、補助金を含めても-3.6%となっております。事業継続が可能となるよう、まず、大幅な基本報酬の増額を行っていただきたいことを特にお願ひ申し上げます。

続いて、論点1についてです。入浴介助加算（I）については、急激な物価上昇、燃料費の上昇や長時間にわたる入浴介護の労力を踏まえると、基本報酬に含まれない入浴介助加算についても加算単価の大幅なアップが不可欠です。まず、この点の御検討をお願いしたいと思います。また、今回示された入浴介助の技術として求められる研修内容の算定要件に組み込むことに関しては、前回改正で示された感染症予防のための研修等、様々な研修が次年度から義務化され、施設や研修を受ける職員にとっては負担の増加になり、職員のオーバーワークにつながりかねません。慎重な検討が必要であると考えます。このことについて、質問がございます。なぜ今回研修を要件とし、どのような研修を想定しているのでしょうか。また、同様の入浴介助加算（I）がある通所リハには研修要件を論点として挙げていないのでしょうか。よろしくお願ひいたします。続きまして、入浴介助加算（II）については、要件の明確化・簡素化が課題であると考えます。さらなる検討をよろしくお願ひしたいと思います。

続きまして、論点2についてです。専門職の配置要件・専従要件の緩和は、人材の有効活用の観点からも有効であると考えております。他サービスを含め、専門職の配置要件・専従要件について同様の緩和を進めることが重要と思ひます。

続きまして、論点4についてです。このタイトルの「豪雪地帯等に対する通所介護等」の「等」には、通りハや認知症デイも含まれているということでもよろしいのでしょうか。また、豪雪地帯に関しての取扱いの中で、豪雪地帯とその他の地域の通所系の送迎に係る支出、「車輦費等」の差がなかったと示されましたが、「車輦費等」とはどのような内容が含まれているのでしょうか。そもそもこのような地域における対応については、第222回の給付費分科会でも述べたように、通所系サービスにも特別地域加算と中山間地域における小規模事業所加算を適用させることで対応すべきと考えております。再検討をお願ひいたします。

続きまして、論点にない内容、2点であります。まずは、中重度ケア体制加算と認知症加算について、要件緩和、段階的な加算評価について、本日提出させていただきました要望書に記載させていただきましたので、よろしく御検討をお願ひいたします。

続きまして、今回の資料3の通所リハビリテーション。

論点4のリハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組の推進に関しては、通所介護においても同様の論点が挙げられるべきと考えられますが、重ねて御検討をお願ひ申し上げます。

続きまして、資料4、短期入所生活介護についてです。

論点1について、短期入所生活介護における看取り対応のケースは、今後、増えると思われしますので、看取り期における取組の評価は必要であると考えております。

論点にない内容ですが、短期入所生活介護においても、資料1の通所介護の論点2で示された機能訓練加算における機能訓練指導員配置の緩和と同様の緩和をすることが必要と考えます。御検討をよろしくお願いいたします。

以上、意見と通所介護に関する質問です。よろしくお願いいたします。

○田辺分科会長 2点ほど、御質問がございました。回答をお願いします。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 認知症施策・地域介護推進課長でございます。

2つ、御質問いただいております。

まず、1点目、この入浴介助加算（I）に関する研修内容を算定要件に組み込むバックデータといたしまして、現状の研修の状況とそれをどのように考えているかという御質問をいただいたと考えております。お答えでございます。10ページを御覧いただきまして、現在、入浴介助に必要な技術を習得するための研修の実施状況につきましては、調査の結果として資料をお示しさせていただいております。現在、加算（I）のみの算定事業所におきまして、研修実施が行われている事業所が6割程度、他方、行っていないという事業所が4割程度存在する。この現状に鑑みまして、研修内容につきまして、算定要件への組み込み等を検討してはどうかという対応案を御提案させていただいているところでございます。他方、この研修の内容をどのように実施していくかということにつきましては、職員の負担も鑑みながら、今後、また詳細を検討していきたいと考えているところでございます。そちらが、1点目の回答でございます。

また、2点目、豪雪等の「車輛費等」の調査の「等」の状況について御質問をいただいております。今、手元に詳細資料がなく、簡単な回答になって恐縮でございますが、「車輛費等」の中には、タイヤや燃料費等が含まれていると把握しているところでございます。調査の概要を把握の上で、別途、また御回答させていただきたいと考えております。

私からは、以上です。

他サービスは、お願いします。

○古元老人保健課長 通所リハビリテーションについても、御質問をいただきました。

まず、入浴の関係でございますが、職員の配置されている状況などが異なっているといった背景の中、現時点では、通所リハビリテーションについては、そういった研修などは、特段検討はしていない状況でございます。

また、豪雪地域への対応につきましては、その中に通所リハビリテーションも含まれるといった認識をしていただいております。

以上でございます。

○田辺分科会長 よろしゅうございますか。

○古谷委員 今の通所リハに研修が含まれないのは、職員配置の差ということなのでしょうか。

○古元老人保健課長 ご指摘の点含めて、総合的な検討状況としては、現在、そういった状況であるということでございます。

○田辺分科会長 ほかはいかがでございましょうか。

稲葉委員、よろしくをお願いします。

○稲葉委員 ありがとうございます。民間介護事業推進委員会の稲葉でございます。

私からは、資料1、資料4について、意見を述べさせていただきます。

まず、資料1、通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護に関してであります。

9ページに論点が示されております入浴介助加算の見直しについてです。まず、入浴介助加算（I）について、前回改正の際に、入浴介助加算（II）の55単位の創設に伴って、それまでの50単位から40単位に引き下げられたことは皆様の記憶にあるのではないかと存じます。その上で、今回、入浴介助加算（I）の研修要件の見直しの趣旨については、質の確保の観点からは賛同するところでありますが、通所介護の御利用者の状態像は、軽度者のみならず、中重度の方から認知症の方まで多様であって、リフト浴や機械浴等の設備の導入及びメンテナンスに係る経費、入浴介助に係る人員体制確保のための経費など、利用者の状態像に応じた対応も求められる実態がございまして、したがって、かかるコストを十分に勘案した単位設定としていただけるようお願いいたします。また、事業所規模に応じた単位設定の在り方につきましても、大規模型はスケールメリットが働くとの理由から低く設定されておりますが、今、申し上げましたように、大規模またはより多くの利用者の状態像に対応する必要があることや、利用者数が多いことでICT化や人員配置上のコストもかかっております。スケールメリットだけにとどまらない、大規模ならではの支出にも考慮した、サービス提供の実態に即した評価をしていただきたいと思います。

次に、入浴介助加算（II）の見直しについて、14ページのQ&Aの記載からも分かりますように、これまでも訪問ができる職種は幅広く設定していただいているわけですが、次の15ページには課題として掲げられておりますように、算定する意向がないのは、理解が進んでいないという理由よりは、医師等の確保・連携が困難であるという理由なわけでありませう。今回の見直し自体に反対するものではないとはいえ、この本質的な課題を十分御理解いただいた上で、見直しを進めていただきたいと思います。

続きまして、資料4の短期入所生活介護に関しての意見です。

8ページの論点1に記述されておりますように、医療においては、アドバンス・ケア・プランニングに関するガイドラインが示されており、人生の最終段階における自己決定を尊重していく方向性が示されているわけですが、一方、介護分野においては、今のところ、明確なガイドラインはないものの、本質的な考え方としては同様で、自己決定の尊重が重要であると思っております。看取りに対しましては、様々な考え方がございまして、在宅での看取りを希望される方も多くなっている現状を踏まえますと、本人及び御家族のレスパイトのために、短期入所を希望される方々への対応として、今回の看取り期における取

組を評価する対応案は必要なことであると考えます。ただし、対応案にある長期にわたるサービス利用において、減算対応のような算定に制限を設けることについては、日数などで機械的に処理せざるを得ないという現状があるにしても、特養入所の待機期間や個々の利用者の状況や意思、御家族の介護の状況など、様々な事態が考えられますことから、柔軟性を持った運用がなされるように希望いたします。

私からは、以上です。よろしく申し上げます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、石田委員、よろしく願いいたします。

○石田委員 ありがとうございます。

私からは、資料1と資料3から意見を述べたいと思います。

まず、資料1の通所介護・地域密着型通所介護のところでは、

論点2です。個別機能訓練のところを示されておりますように、平均実施時間があって、少し驚きました。10～20分という実施時間が3分の1を占めており、20～30分が27.8%、30～40分になると13%に大きく減るという結果になっております。とくに10分という時間の短さにやや驚きがありまして、10分の個別機能訓練で果たして実質的にどのくらいの効果が上がっているのかを現場の方にお聞きしたいところです。一人ひとりの状況にもよるとは思いますが、もっとマンパワーがあれば、例えば、1人につき30分や40分の時間をかけて機能訓練が実地できるのではないかと、ここについては現場からの声などをお聞かせいただきたいところです。今回、機能訓練指導員の配置の緩和という御提案がありますけれども、これも、現場の人手不足が実際にあり、そこで配置基準が切り下げられているという印象がどうしても拭き切れません。根本的なところで、実際にこの個別機能訓練を受けた利用者の状態が、回復とはいかないまでも、少なくとも現状が維持されているということがしっかりと分かっていないと、こういうことは議論できないのではないかと。後でもありますけれども、LIFE等を活用してエビデンスが出て、しっかりと効果が上がって少なくとも維持されているということがあった上での内容でなければいけないということを感じております。

次に資料3の通所リハビリのところでは、

論点3なのですが、介護予防通所リハビリテーションの質の向上というところで、実は介護予防リハの長期利用で減算適用されている人が64%にも上っていることが示されています。利用者側の気持ちから言えば、自分の状況が悪くなるのは怖いですから、できるだけリハを継続して現状を維持したいということが本音とされます。だから、ずっと続けていきたいという思いがあるわけで、今回、この御提案にあるように、LIFE等でデータをきちんと提出した上で、回復あるいは少なくとも維持ということで効果が上がっていることが示される点に関する評価をぜひしていただいて、利用者にとって安心を得られるサービスにしていきたいと思っております。

論点4のリハ・口腔・栄養の一体的取組ですけれども、利用者にしてみれば、これは非

常に重要なところで、推進していただきたいという願いはあるのですが、実際に現場においてはなかなかこれが進んでいないようで、一体的な計画書についてもなかなか進んでいないというのを聞いております。実際、現場では、業務負担が増えるということはあるかと思いますが、現場の声も聴きながら、工夫をして、それこそデジタル等の力をフルに活用して、これについてはぜひとも進めていただきたいと考えております。

最後に、論点6です。機能訓練事業所の共生型サービス、基準該当サービスのところで、介護保険の通所リハ事業所で共生型自立訓練や基準該当自立訓練の提供を行うときに、人員や施設の共有を可能とすることにつきましては、地域共生社会の実現という目的にとっては非常に重要なことであるとは思いますが、人員は本当にこれで大丈夫かと思えます。障害当事者の方のケアと高齢者の方のケアは全然内容も違って、より専門性を問われるということもあると思えます。単純に、人員不足の現状の中でこの内容が実践できるかどうか、懸念があります。さらなる業務の加重化が引き起こされることのないように、ぜひこの内容については慎重に進めていただきたいと考えております。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、野村委員、よろしく願いいたします。

○野村委員 ありがとうございます。

私からは、資料2の療養通所介護及び資料3の通所リハ、資料4の短期入所生活介護を中心に、発言をさせていただきます。

本改定では、何度も口腔・栄養・リハの一体的実施を発言させていただいておりますけれども、資料3の論点4の対応案に示されている内容には、賛同いたします。口腔や栄養は外部の専門職が関わることも多いと思えますので、地域資源として確実に実施できる体制の工夫をお願いいたします。様式についても、他職種にも分かりやすく、文言も整理して、他と統一されるようお願いできればと思っております。また、既に実施している施設等では独自の書式を使っているところもあり、独自の書式を使用されていることの検証とともに、これまでの取組に影響が少ない形で一体実施での成果を取り入れていくことができる仕組みをお願いいたします。特に、論点3のLIFEの活用で、引き続き成果が見えるツールとして活用できることを期待しております。

また、資料4のショートステイにおいても、短期入所生活介護において看取り期ケアが5.8%から13.8%に増加していますように、医療的ケアの対応割合は高まってきております。口腔の健康管理の必要な者の割合も13.7%から25.0%に増加しており、必要に応じて歯科専門職につなげていただけるシステムをお願いいたします。

私からは、以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、伊藤委員、よろしく願いいたします。

○伊藤委員 ありがとうございます。

最初に、資料1。

論点3でございます。20ページの3%加算・規模区分特例につきましては、感染症の発生や災害時の対応として理解してございますけれども、加算を存置する場合は、対象となる新たな感染症あるいは災害について、緊急事態宣言が出された場合など、明示的に限定すべきであると考えてございます。それによらない場合につきましては、本分科会の了承を得た上で行っていくべきと考えてございます。

続いて、資料2の部分でございます。

論点1、質問でございます。短期利用の評価は、月単位の包括報酬とは別に回数や日数単位の区分を設けるといふことなのかどうか、教えていただければと思います。

続いて、論点2の関係でございますが、重度ケアの体制の評価につきましては、医療ニーズを有する利用者へのサービス提供を充実する観点と在宅療養を支える観点から、重要と考えてございます。単に人員体制や管理体制を整えるだけで評価することではいいのかどうか、慎重に検討いただければと思います。

続いて、資料3でございます。

論点1、医療保険から介護保険への移行の際の適切なリハビリテーションの提供には情報連携が不可欠であると考えてございます。また、これまでも申し上げてきてございますが、情報提供を評価するという方法だけではなくて、情報提供・連携がスムーズに進む体制の整備・構築が必要だと考えてございます。9ページの対応案(1)にございますように、基本報酬の算定の要件に医療機関のリハ計画書を入手し、退院後のリハ計画書を作成することをしっかりと義務づけることは、ぜひとも実施すべきだろうと考えてございます。

続いて、論点2でございます。14ページに、通所リハの基本報酬の見直しにつきまして、対応案では、リハビリテーションマネジメントを実施する体制等が充実しているとなっております。単に体制を整備するだけではなくて、しっかりと効果や実績を評価することも重要だと考えてございますので、慎重な検討をお願いしたいと思います。

論点3でございます。17ページに、介護予防通所リハの質の向上に向けた評価につきましては、現状においても科学的介護推進体制加算もございますので、そういったものの整合性も含めて、しっかりと御検討いただければと思います。

続いて、論点4でございます。23ページ、リハ・口腔・栄養の一体的取組の推進につきましては、令和3年度の改定で見直しをした一体的実施計画書の使用率が低いという実態を踏まえ、報酬で対応する前に、まずは統一した様式の使用を義務づけることに取り組むべきではないかと考えてございます。

最後に、資料4の関係でございます。

論点2でございます。質問になりますけれども、12ページの長期利用の適正化につきましては、対応案で、施設入所と同等の利用形態となっていることから施設入所の報酬単位との均衡を図るとなっております。この中身につきまして、どのような見直しをお考えになられているか、教えていただければと思います。

以上でございます。

○田辺分科会長 2点ほど、御質問がございましたので、回答をお願いします。

○古元老人保健課長 ありがとうございます。老人保健課長でございます。

1点目、療養通所介護の御質問について、御回答申し上げたいと思います。短期利用の評価でございますが、もちろん具体的な点数設定については御協議いただきたいと思っておりますが、今想定してございますものは、御質問いただきましたとおり、日々の報酬単価を設定できないかと。ただ、それにつきましては、登録者以外の方を対象にしてということでございます。また、前例といたしましては、看多機に同様に短期利用の居宅介護費といった設定がございましたので、それも参考にいたしながら検討してまいりたいと思います。

以上でございます。

○田辺分科会長 お願いします。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 認知症施策・地域介護推進課でございます。

長期利用の適正化の具体案の御質問でございます。今後、もう少し詳細について検討してまいりたいと思っておりますけれども、まさに基本である特養の単位数と並ぶような方向で適正化を検討してまいりたい、その際には、例えば、ユニット型と従来型等々で、現行、少し差があるということもございますので、こちらを適正化していくという方策につきまして、引き続きその詳細はまた検討させていただきたいと思っておりますが、そのような考え方で適正化を進めてまいりたいという提案でございます。

以上でございます。

○田辺分科会長 伊藤委員、よろしゅうございますか。

○伊藤委員 ありがとうございます。

○田辺分科会長 鎌田委員、よろしくお願いいたします。

○鎌田委員 ありがとうございます。認知症の人と家族の会の鎌田です。

まず、資料1の入浴加算(II)について、算定率が非常に低いということで、もともとこの加算が出たときにも御意見申し上げましたけれども、必要性があるのか、とても疑問です。この加算により自宅にて1人で入ることができるようになって、入浴は命に直結する生活行為であり、見守りが必要となります。介護負担はデイでの入浴よりも増すということをお伝えいたします。また、本人も不安であると思います。それに加え、独居などの場合は、この加算で自立と判断されてもやはりヘルパーなどの見守りサポートが必要で、家族としては、そちらも希望します。今でも少ないホームヘルパーの事業所とかですので、介護人材の有効活用の観点からも、いかがなものかと思っております。質問ですけれども、この加算で自宅での入浴にて自立した利用者家族の満足度の調査がされている場合、それはどんな状況だったかということをお教えてください。そもそも、加算が多く、制度を複雑にしているので、この加算の必要性を再度検討していただきたいと思います。

2つ目です。機能訓練についてです。対応案は、人材の有効活用ではありますけれども、

介護職員も可となっており、機能訓練指導員の要件の緩和と思えます。現在の機能訓練指導員は国家資格等の有資格者が指導員でありますので、介護職員が核となってくると、機能訓練のサービスの質の担保ができるのか、家族としては、不安です。質問の2つ目ですけれども、案で出ております介護職員の具体的な要件について、再度お教えてください。

3つ目です。コロナ加算については、本当にコロナの感染で事業所が閉鎖されたとき、本人もですけれども、私たち介護者もとてもつらい思いをしたところがありますので、事業継続の観点からは、賛成いたします。

資料4です。短期入所生活介護で看取り加算が新たにということでは、賛成です。在宅介護が困難で長期の利用をしています。その間に状態が悪化しても利用できることはありがたいと思います。これがあることによって、看取りだから利用はできないですね、衰弱されているからということもなく、見ていただけるのはありがたいです。しかし、このような加算をしなくてはいけない在宅介護の限界、困難な状況を理解していただきたいと思っています。特養の入所を待ち続けているという現状があるので、特養の入所のさらに入りやすくなるようなことをお願いしたいと思っています。

以上です。

○田辺分科会長 2点ほど御質問がございましたので、回答をお願いします。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 認知症施策・地域介護推進課でございます。

まず、資料1の入浴介助加算（II）の算定時の御家族等の満足度という御質問をいただいたかと承知いたしました。入浴介助加算（II）は、御承知のとおり、自立に向けてなるべく個浴に近い環境で入浴をしていこうということでございます。その入浴介助技術の研修の効果の結果としても、この調査対象の中では、通所介護によって、しっかりとした外部研修を受け、かつ、内部研修をしていただいた場合は、3割程度が入浴に関する自立度が高まったという調査結果があったと承知をしております。この詳細の調査の結果については、別途、また御説明させていただきたいと考えます。

もう一問、御質問いただきまして、機能訓練のときの介護職員で、そちらも要件という御質問だったかと承知しております。基本的には介護職員等であると考えておりますけれども、そこについては指示・指導を受けてということだと考えているところでございます。その効果は、現在、お答えすることは難しいと考えているところでございます。

以上でございます。

○田辺分科会長 鎌田委員、よろしゅうございますか。

○鎌田委員 入浴加算（II）で自立した方の利用者や家族の満足度がどうであったかということで、今、研修の結果をお示しくくださったのでしょうか。そこら辺がよく分からなかったのですけれども。

機能訓練に関しては、介護職員等でも可であるとしていくということで、介護職員で、国家資格があるかないかとか、初任者研修があるかとか、資格の有無に関して、この機能訓練指導員となるための資格の要件があるかどうかということをお聞きしていました。質

間が十分でなく、申し訳ありません。

○田辺分科会長 何かコメントはございますか。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 すみません。入浴介助加算の研修の結果について、もう少し補足で御回答させていただきます。その研修を受けていただいた結果でも満足度はそれほど変わらなかったという結果が出ていると承知しています。別途、また把握いたしまして御回答したいと思っています。

以上でございます。

○田辺分科会長 それでは、濱田委員、よろしく申し上げます。

○濱田委員 よろしくお願ひいたします。

まず、資料1の通所介護、論点1の入浴介助加算の見直しについて、入浴介助加算(II)につきましては、自宅で関係者が検討して入浴できる環境になることが、当然のことながら最も望ましいと考えております。ただ、一方、利用者の身体状況、例えば、自宅の所有形態が賃貸であって改修等が困難である場合、あるいは、その世帯の経済的状況から環境改善が難しい場合で、将来にわたって自宅での入浴を行う環境とすることが困難と見られる場合につきましては、算定の可否の明示をお願いできればと思っております。

続きまして、資料3の通所リハビリテーション、論点1のリハビリテーションにおける医療・介護連携の推進でございますが、対応案のとおりでよろしいかと思っておりますが、施行される際につきましては、入院先の医療機関の関係職員の方々に対しましても周知をお願いできればということでございます。

続きまして、資料4の短期入所生活介護、論点2の短期入所生活介護の長期利用の適正化について、短期入所生活介護につきましては、レスパイトケアの役割が強くございまして、週末やゴールデンウィーク、最近ですと、シルバーウィーク、夏季休暇、年末年始などの連休や農繁期などの特定の時期に利用頻度が非常に高くなるということがございまして、逆に言えば、平日など、それ以外の時期は空室や空床の割合が多いサービスでございます。つまり、いざというときに利用できるように空けておかないと、介護者の方の休養、在宅介護の継続が難しいということで、定員につきましては、ピークに合わせた確保が必要であります。そうなりますと、当然、平均利用率は長期でずっと利用される介護老人福祉施設等に比べて低くなる傾向がございます。一方、短期入所専用で定員が確保されております関係で、いわゆる利用日の確保は、例えば、ホテルを利用するような感覚で、非常に予約が行いやすい状況にもございます。このため、もし均衡を図られる際には、17ページにある先ほどのレスパイト等の利用目的による利用が引き続きできるようにするためにも、介護老人福祉施設利用の場合における平均利用率の短期入所との差も一定の考慮をお願いしまして、定員に対して介護職員の確保も必要ということがございますので、それらの経費、あるいは、建物・設備等は一定の単価・利用率を見込んで整備されておりますので、減価償却等にも支障を来さない範囲で、検討をお願いできればということでございます。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、鳥潟委員、よろしくお願いいたします。

○鳥潟委員 ありがとうございます。

幾つかあります。

資料1です。

利用者宅浴室の環境評価・助言について、お医者様等が利用者宅を訪問し評価・助言を行うことは、現実的には困難なケースが多いと考えられますので、介護職員の方が、医師等の皆さんの指示の下、ICT機器を活用して状況把握を行うケースについては、異論はございません。

一方で、論点3なのですけれども、緊急時の迅速な対応を可能にする観点から、特例の存置については理解いたしますが、対象となる感染症や災害については、客観的な基準の下に判断されるようにしていただきたいと思っております。

次に、資料2です。

論点1、短期利用を可能にすることについては、実態に即した見直しであると思っております。ただ、現在でも定員数に対して登録者数が多い中で、柔軟なサービス提供が実際に可能かどうかということとはよく見定めていく必要があるのではないかと考えております。論点2にも共通しますが、現行の人員体制、管理体制についても、併せて検討する必要があるのではないかと考えております。

論点3についても、同じようなことなのですけれども、地域包括ケアの担い手としての役割を果たしていただくことについては、とても理想的だとは思いますが、人員体制との関係で現実的にどこまでの機能発揮が可能かということに対しては留意が必要ではないかと考えております。

資料3の通所リハビリテーションです。

医療保険から介護保険に切り替えることで無駄な手間や機能回復の効果の減少が生じることは避けるべきであり、論点1について、賛成ではありますけれども、論点2については、スケールメリットが本当に限定的なのかという点で、もう少しデータをいただければ、助かります。

論点3について、LIFEへのデータ提出を推進することは賛成です。LIFE自体が使いにくいという声も踏まえて、提出に当たっての事業者の負担ができる限り少なくなるように配慮いただきたいと思います。

論点4についても、同様ですが、計画書の様式を充実したことで事業者の皆様の手間が増えてかえって一体的な取組が進まなくなるということがないように、工夫をしていただければ助かります。

論点5の運動器機能向上加算について、算定していない1割の事業所はどのような理由で算定されていないのか、事務局で実態をつかんでいらっしゃるようであれば、御教示い

ただきたいと思います。

資料4、短所入所生活介護についてです。

論点1について、「相当期間」という表現をされておりますが、具体的にはどの程度の期間を考えていらっしゃるのか、お知らせいただきたいと思います。

論点2については、実際にはなかなか家庭に戻ることが難しいケースもあると考えられます。施設入所の報酬単位との均衡を図ることについては、実態に即していると思っております。

資料5、短期入所療養介護についてです。

データにもありますように、論点1について、7日を超えて利用した者の中にはほぼ1か月利用した者も見られますが、これは一体どのような要因によるものなのかという件と、こうしたケースは外れ値として考えていいのかどうか、10日で区切ることの合理性を判断する観点から、お教えいただきたいと思っております。

以上になります。よろしく願いいたします。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

3点ほど、御質問がございましたので、御回答をお願いします。

○古元老人保健課長 ありがとうございます。老人保健課長でございます。

まず、通所リハビリテーションについての御質問をいただきました。運動器機能向上加算について、約9割が算定している一方、約1割が算定していない理由についてということでございます。直接そういった聞き方をした調査は、現状、行っていないところでございます。資料3の30ページに要件がございしますが、職員の配置、計画の作成、また、利用者の方の利用されているニーズといったものの影響で、1割の事業所についてはなかなかこの加算まで至っていない状況であると認識してございます。

以上でございます。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 2点目、短期入所生活介護の「相当期間」の想定について、御質問いただいております。今後、詳細につきましては、まず、この方針及び単位数も含めて検討させていただきたいと考えておりますけれども、例えば、看取り期の利用者に関して1週間程度等々が考えられるのかなど、現時点では想定しているところでございます。

以上でございます。

○田辺分科会長 1週間を超える者で1か月ぐらいになる者はどんな例なのかという御質問があったと思っておりますけれども。

○鳥潟委員 ありがとうございます。

7日を超えて利用した方も相当数がいらっしゃると思うのですけれども、10日という区切りでいいのかという質問です。

○古元老人保健課長 短期入所療養介護については、本日、10日ということで御提案申し上げました。その上で、資料の11ページを御覧いただきますと、非常に長い方が存在する

ということですが、どこまでをルールとして設定するのか、こういったデータも御覧いただきながら、御検討、御協議をいただければありがたいといった趣旨で提案をさせていただきます。よろしくお願いいたします。

○鳥潟委員 ありがとうございます。

資料3の論点5に関しての質問に答えていただいたのですが、残り1割の事業所は、端的に言うと、人不足や計画の不備によって算定されていないのではないかという仮説かと思いますが、この部分が包括的に拾われていくことになると、支払いが増えてしまうということにもつながりますので、明確にさせていただけると助かると思っております。

あとは、理解いたしました。

○田辺分科会長 それでは、小林委員、よろしくお願いいたします。

○小林委員 ありがとうございます。

それぞれ意見を申し上げます。

まず、資料1についてです。

論点1の入浴介助加算（I）の要件に研修を位置づけることについては、既にやり取りがありましたが、研修の受講が容易ではないとの声が私たちに届いてるため、研修方法をはじめ、受講しやすくする対策が必要と申し上げておきたいと思っております。

論点2について、人員配置の緩和は現場の声に耳を傾けながらの検討をお願いできればと思います。

資料2についてです。

療養通所介護は、事業所がない県もある中で、利用者のニーズに応じていくことがサービスの普及にもつながればと思います。難病等を有する中重度あるいはがん末期の利用者が有する医療ニーズに応じていくことができるよう、論点1の対応案、論点2にある、重度の利用者に関わる対応については異論はございません。

論点3について、地域包括ケアの推進と地域共生社会の実現に資する取組の推進について、前回も申し上げましたとおり、これそのものに異論はありませんが、児童発達支援や放課後等デイサービスなど重要な役割を担っている一方で、安全面、一人一人のニーズ、費用負担が利用者全員に追加されるとすれば利用者負担の面ではどうなのか、ということに留意する必要があると思っております。

資料3についてです。

論点1の中で、「理学療法士等が利用者の退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った場合に」と書かれていますが、現在、退院前カンファレンスへの通所リハの理学療法士の方々の参加はどのような状況なのか、今後の検討の際でもよいので教えてくださいたいと思っております。

論点2、また論点3にも関わることですが、「令和6年度介護報酬改定に向けた基本的視点」として、「質の高い、自立支援・重度化防止に資するサービスの提供を推進」していくという方向性に照らしたときに、論点2と3の対応案において、質をいかに担保し向

上を図っていくのか、あるいは、利用者にとっての効果やアウトカム評価はどうか、スケールメリットは限定的なのか、こうした点について、今後の検討の際には利用者・被保険者にとって分かりやすく示していただきたいと思います。

論点4について、リハ・口腔・栄養の一体的取組が促されることに期待しています。同時に、その効果・検証もきちんと行っていくことが必要と思います。

資料4についてです。

論点1と2に関わることですが、全体的に利用の長期化の傾向があり、看取りへの対応そのものに異論を唱えることはもちろんありませんが、本来担っている機能に沿って連携し、役割分担をしていくことも必要だと思います。つまり、可能な限り居宅で自立して暮らしていくことができるようにするという機能に即したものとなるよう促すことが必要と思います。

以上になります。ありがとうございました。

○田辺分科会長 1点、御質問がございましたので、御回答をお願いします。

○古元老人保健課長 御質問をありがとうございます。老人保健課長でございます。

通所リハビリテーションの関係で、入院中に介護事業所の理学療法士などが退院時共同指導の場に出席している現状でございますが、今、手元にそういった割合などのデータを持ち合わせていない状況でございますが、情報が得られましたら、また御提供申し上げたいと思います。その上で、こういったことをさらに推進してはどうかといった視点で御共有させていただければと思います。よろしくお願いいたします。

○田辺分科会長 それでは、及川委員、よろしくお願いいたします。

○及川委員 ありがとうございます。日本介護福祉士会の及川でございます。

私からは、資料1、資料4について、意見を申し上げます。

まず、資料1、通所系のサービス、論点1の入浴介助加算の見直しについてでございます。通所系サービスにおける入浴のニーズは確かに高い実態がございます。この入浴介護の場面は、お湯を使うことでの転倒事故や湯に入ることでの身体的負担など、留意することが多い介護行為です。だからこそ介護職員は事故予防を念頭に置いた介護を提供しておりますが、今般の御指摘にありますように、自立支援に資する入浴介護のスキルの習得を推進していくことは極めて重要でありますので、ぜひこの取組を推進していただきたいと考えます。

続きまして、資料4でございます。短期入所生活介護、論点1についてでございます。看取り期におけるレスパイトケアの必要性はこれからますます増えてくると想定されます。その中で、医療・介護の専門職と関わることのできる短期入所生活介護サービスを使うことで、御本人に対する人生の最終段階における意思決定支援のほか、御家族に対する看取り期の対応方法等をお伝えすることができ、このサービスの価値は極めて高いと考えます。看取り期において、介護職員が利用者にしっかりと向き合い、状況の変化に適切に対応できるよう、より専門的なスキルの習得を推進していく仕組みについても御検討いただきたい

いと考えます。

以上でございます。ありがとうございました。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、酒向委員、よろしく願いいたします。

○酒向委員 ありがとうございます。

全体で、5点、申し上げたいと思います。

まず、資料2についてでございます。

資料2の論点3でございます。前回の会合でも申し上げましたが、17ページに示されている地域との関わり、この内容は非常に重要ではございますが、介護報酬上で評価し、利用者負担、保険料負担を追加的に求めるものなのか、あるいは、自治体が別の財源で取り組むべきことなのか、中身の峻別が必要だと考えます。また、その取組をきちんと検証できるものなのかといった観点での考察も必要ではないかと考えます。1点、ここに福祉サービス等における報酬改定を考慮という文言がございます。この点につきましては、後ほど、事務局から、どういう意図か、補足で御説明いただくとありがたいです。

2点目でございます。通所介護、資料3に関わりまして、まず、1点目でございます。医療・介護連携の推進、論点1に関わるところでございます。退院後早期に医療を実施するために、通所リハの理学療法士等が退院前カンファレンスに参加する場合、加算として評価するという御提案がございますが、参加していること自体を、(1)のリハ計画の入手と同様に、基本報酬の算定要件にすることも考えられるのではないかと考えております。できない場合は減算という形での対応が考えられると思います。このカンファレンス参加自体は、オンラインで対応するなど、いろいろと工夫の余地があると考えております。

次に、論点2でございます。大規模型の基本方針に関わる論点でございます。限られた人材で質を担保し、効率的なサービス提供を行うために、協業化あるいは大規模化ということが重要であることは、いろいろなサービスに言えるものだと考えております。今回の御提案でございますが、大規模化自体でスケールメリットがあることは事実でございますので、報酬上の対応についてさらに検討する場合には、直近の規模別収支差をもう少しデータで御提示いただくなどしていただければと思っております。いただくものは、令和3年度までの数字かと思えます。なお、仮に大規模型の基本報酬を見直すといった場合には、財政面での膨らみがないような形での全体の見直しが必要だと考えます。

論点3の介護予防通所リハの質の向上、17ページの御提案でございます。2つ目の四角で、LIFEへのデータ提出を推進してはどうかとございます。予防通所リハには、ほかのサービス同様に、既に科学的介護推進体制加算がございます。どのような評価方法を考えているか、この違いで何か事務局さんで整理されているものがあれば、御教示いただければと思えます。また、「より適切なアウトカム評価に向けて検討」という言葉があります。これは、今回の新しい基準は間に合わないのので、今後、考えましょうという意図で書かれているかどうか、質問をさせていただきます。

続きまして、論点4でございます。リハ・口腔・栄養の一体的取組の推進、13ページでございます。口腔・栄養のアセスメントを併せてした場合の評価を設けるという御提案でございますが、そうであるならば、実施していない場合の評価を引き下げるなど、めり張りをつけていただきたい。一体的実施計画書について、利用が低調であるということは、現場の声を踏まえて、内容を見直した上で、その利用を加算の要件とするといったことも必要ではないかと考えます。

以上でございます。ありがとうございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

2点ほど御質問がございましたので、LIFEと評価基準です。

○古元老人保健課長 ありがとうございます。老人保健課長でございます。

まず、療養通所介護の13ページでございます。論点3について、「障害福祉サービス等の報酬改定の検討状況を考慮し」と書かせていただいております。今回、令和6年度の改定は医療・介護・障害の同時改定ということで、具体的な内容については、まだそれぞれが検討している状況ではございます。ここに書かせていただきました趣旨といたしましては、医療・介護・障害が、検討状況を共有しながら、仮に我々介護側がこういった対応を行うのであれば、障害側も歩調を合わせていただくとか、うまく連携をしながら共に進んでいこうといった思いで書いてございます。具体的にはこれからということでございますので、分かりづらくて恐縮ですが、そのように御理解いただけるとありがたいです。

2点目につきましては、通所リハビリテーションの質の向上で、御質問を2点、いただきました。少しまとめた回答になるかもしれませんが、まず、既存の加算との関係については、ご指摘の点を含めて検討して御協議申し上げたいと思っております。また、このLIFEを用いたより適切なアウトカム評価につきましては、3年前、前回の改定でLIFEが創設されまして、日々のデータが集積をされている、また、次回改定に向けて見直しをしていこうといったステータスにございます。それを用いてどういったアウトカム評価ができるのか、その具体的内容につきましては、時期を含めまして、改めて、御説明、御提案を申し上げていきたいと思っております。

今日の時点では、こういった回答とさせていただければと存じます。よろしく願いいたします。

○田辺分科会長 酒向委員、よろしゅうございますか。

それでは、田母神委員、よろしく願いいたします。

○田母神委員 ありがとうございます。

私からは、資料2と資料4について、意見を申し述べます。

資料2の療養通所介護についてでございます。7ページの論点1、短期利用につきましては、これがかないますと、地域で療養していらっしゃる医療ニーズを有する中重度の要介護の高齢者の状態が変化した場合などに、それを支える仕組みとなり、また、御家族のレスパイトに関するニーズに応えることにつながると考えますので、賛成いたします。

資料の10ページの論点2、1点目、重度者へのケア体制の評価についてでございます。療養通所介護では、重度の利用者の方も多く受け入れているところでございます。難病の方、脳血管疾患で重い後遺症を有する方、末期のがん患者の看取りの対応を含めて、非常に複雑・多様なニーズへの対応を行っております。そうした手厚い人員配置、管理体制については、評価をいただくと大変ありがたいと考えておりますので、賛成でございます。

資料13ページの論点3についてでございます。地域包括ケア、地域共生社会に資する取組について、この方向性について賛成いたします。非常に重要なことであると思っておりますし、多面的に取り組んでいく必要があると思っております。そうしたことによって、利用者の皆様の療養環境がより質の高いものになり得ると考えております。一方で、前回の会議でも各委員から御発言がございましたが、都市部とそれ以外の場合の連携先などには違いがあると思っております。また、療養通所介護においては、小規模な事業所も多く、その中で重症度の高い利用者の皆様へのケアに注力をしているということもあります。活動に時間を割けるところが限定的になる可能性もありますので、その評価の在り方については、御配慮いただければと思っております。療養通所介護につきましては、共生型サービスに取り組んでいる事業所も多くありますので、そうしたサービスを通しての取組、他機関との連携、地域全体に関わる地域のケア力を上げるような取組などについても、評価が必要ではないかと考えております。

資料4の短期入所生活介護についてでございます。お示しいただいておりますとおり、医療ニーズへの対応の割合が高くなっていることが既に示されているところでございます。事業所が医療機関や訪問看護との連携あるいは事業所の看護配置を講じている場合で、利用者の方々の意思に基づいて、看取り期への支援を行う場合の評価の提案に賛成いたします。看取り期のケアに当たりましては、医療機関や訪問看護との連携を密に取っていく必要がありますので、こういった評価に加えて、在宅中重度者受入加算の充実といったところも手当てが必要ではないかと考えております。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、田中委員、よろしく願いいたします。

○田中委員 ありがとうございます。日本慢性期医療協会、田中でございます。

私からは、資料1、2、4、5について、お話ししたいと思います。

まず、資料1です。

先ほど古谷委員がおっしゃっていましたが、豪雪地帯の調査についてです。こちらは経営概況調査だけで本当に十分かどうかということに異論を唱えたいと思います。当地域は、東北・北海道・北陸ほど雪は降りませんが、新潟に隣接しているために、冬場は雪かきが欠かせないような状況です。実際にかかっているものは、「車輛費」ではなくて、雪かきのための施設内人件費や除雪業者への支払いなどが非常に負担になっているところでございます。朝早く出勤をさせる人件費などは見込まれていないように思いますので、改めて、

豪雪地帯、雪に関しての調査を立てていただいております。

2番目の療養通所介護についてでございます。

短期利用のお取り計らいについては、大変ありがたく思っております。一方で、看多機のほうは、前回は議論があったように、少し機能ぶりを変えてくるというところにおいては、今後、看多機とどういった役割分担をするのかということについても視野に入れながら進めていただければと思います。

また、論点2の特に手厚い人員配置に関しては、特定行為等の専門看護師をぜひ視野に入れていただきたいと思っております。さらに、以前もお話ししましたが、介護保険法の療養介護通所で不足している職種であるサービス管理者や児発管理責任者などが採用できない状況にある地域が多いです。しかし、必要とされる医療的ケア児の通所や障害区分世帯の方を受けていくというところであれば、規制の緩和を検討し、さらなる障害者等の受皿づくりをするか、あるいは、地域包括ケアシステムの理念の下で、先ほど来皆様がおっしゃっているような地域共生の活動というところでは、地域の介護事業所・障害者支援事業所間の連携を評価あるいは促進する方策を検討してはどうかと御提案いたします。

4番の短期入所介護です。

看取りについては、必要性があることは重々理解しております。1つ、心配を申し上げますと、主治医の取扱いをどうするか。短期入所介護の場合には、主治医は配置医師と同様の医師でない可能性もありますので、そういった場合に看取りはどちらの医師が担当するのかということについて、しっかりと準備をして進めていくことが重要であると考えます。

最後に、5番の短期入所療養介護です。

総合医学管理加算の拡充は歓迎する一方で、突然具合が悪くなり総合医学管理を受けるという方を区分限度額に入れてしまうと、その後の日程に関して、ケアプランを変更しなければいけない可能性があり、在宅にいる間のサービス提供の分量を調整する必要が出てくるのではないかと懸念いたしますので、この辺りについても慎重な御議論をお願いできればと思います。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、東委員、よろしく願いいたします。

○東委員 ありがとうございます。全老健の東でございます。

私は、資料3で2点の意見、資料4で質問を1点、資料5で意見を申し上げます。

まず、資料3「通所リハビリテーション」についてです。

14ページに論点2「リハビリテーションの充実に向けた基本報酬の見直し」について対応案が出されています。それについては、賛成でございます。大規模型事業所ほど、多くのリハビリテーション専門職、介護職を配置しており、要介護度の重い利用者に対してサービスを提供しているため、大規模型事業所のほうが必ずしも経営効率がいいとは言えな

いというエビデンスは既に何度か出ております。したがって、リハビリテーションマネジメントの実施が不十分で、職員配置が薄く、軽度の利用者が多い事業所では、スケールメリットが働いているわけですから、より厳しい減算を課し、逆に、リハビリテーションマネジメント実施率が高く、職員配置が手厚く、重度の方や認知症の方を多く受け入れている、いわゆる頑張っている大規模型事業所については、減算を廃止するという、サービスの内容に基づいた、メリハリのついた見直しを行うべきであると考えます。通所リハビリテーションにつきましては、老健施設の在宅支援において、非常に重要な役割を果たしています。その中でも多くの地域住民に貢献している、頑張っている事業所が、規模だけで減算されることがないようにしていただきたいと思えます。

次に2点目です。32ページの論点6「機能訓練事業所（障害サービス）の拡充」についてです。論点6の黒四角の1番目にもございますが、障害サービスについては、機能訓練の事業所が一か所もない都道府県もあると記載されています。さらに、黒四角の2番目に、現在は通所介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所のみが、制度上、障害サービスの方でも利用できる設計になっておりますが、この2つの事業所においては、いわゆるリハビリ専門職の配置はなく、リハビリの提供ができません。したがって、この対応案にございますように、介護保険の通所リハビリテーション事業所において障害の方を受け入れるという案については、賛成でございます。現在、介護保険の短期入所、いわゆる療養ショートについては、制度上、障害の方を受け入れることが可能となっております。しかし、この障害者の受入れを行うに当たり、例えば、老健施設が都道府県の指定を受ける必要があり、その指定に伴う手続に大変時間と手間がかかって、その負担を理由に申請を途中で取り下げる実態もあると聞いております。障害と介護の垣根を取り払い、縦割りの障害をなくすためにも、介護事業所の指定を受けている事業者であれば、みなしで障害サービスの指定を受けられるように許可をするという、申請事務の簡略化をしていただきたいと考えます。

次に、資料4「短期入所生活介護」についてです。

12ページについて、質問致します。ここには短期入所生活介護の長期利用の適正化として、対応案で「施設入所の報酬単位との均衡を図る」と書いてございますが、短期入所生活介護の長期利用を推奨するようなこととなっては困ると思えます。それについてはどのようなことを考えていらっしゃるのか、教えてください。

最後に、資料5「短期入所療養介護」について、意見を申し上げます。

7ページの論点1「医療ニーズのある利用者への受入促進」について、対応案が出されています。医療費の削減の観点からも、それについては賛成でございます。老健施設の管理医師の判断により、医療ニーズの程度が軽度で短期入所療養介護において対応が可能とされた場合は、医療機関に送るのではなく、その場で治療を提供すべきと考えます。認知症を合併していることがほとんどである要介護高齢者が、入院をすると生活機能が急激に悪化するということは、周知の事実でございます。今回、在宅の比較的軽度の医療ニーズ

の高齢者を、医療機関に送らず、総合医学管理加算を用いたいわゆる医療ショートで受け入れるわけでございます。ですので、この総合医学管理加算の部分については、先ほど田中委員からも意見がございましたが、区分支給限度額から除外すべきではないでしょうか。今回、総合医学管理加算の算定日数が7日から10日ということも提案されております。そうすると、より区分支給限度額に影響してきます。以前の分科会の資料においても、いわゆる医療ショートの算定が低い理由の一つにこの区分支給限度額の問題が挙げられていることを付け加えておきます。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

1点、御質問ございましたので、お願いします。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 ありがとうございます。認知症施策・地域介護推進課でございます。

資料4、論点2の長期利用の適正化について、我々の提案の趣旨ということでの御質問でございます。もちろん、この論点にもございますとおり、基本的な考え方といたしましては長期利用の適正化という観点から御提案させていただいておりますので、基本的にはこの長期利用を適正化していくという考え方から均衡を図ってまいりたいという提案とさせていただきます。ただ、今後、詳細は検討させていただきますけれども、一定の特養の単位数等々と並べていくという考え方を取った場合には、例えば、併設型、単独型の調整も考えなければならないということも含めておりますが、まず、基本の考え方としては、とにかく長期利用の適正化を行っていくという観点からの提案でございます。

以上でございます。

○田辺分科会長 東委員、よろしゅうございますか。

○東委員 ありがとうございます。

あくまでもこれは短期の利用でございますので、よろしく願いいたします。

○田辺分科会長 江澤委員、よろしく願いいたします。

○江澤委員 ありがとうございます。

論点に沿って、幾つか、意見を申し上げさせていただきます。

まず、資料1の論点1です。もともと、通所サービスは、事業所においてリハビリテーションあるいは機能訓練を実施することによって在宅の課題を克服するというのが中核的なサービスだと思います。そういった中で、前回の改定において、在宅での入浴、多くはユニットバスが想定されますけれども、利用者の中にはそういったことに取り組むことによって自宅での入浴が可能になるのではないかとということで、そういった観点から、入浴介助加算の見直しがなされたと認識しております。例えば、個浴介助においては、大変研修が重要であります。私の経験においても、入浴委員会を設置して、継続的な実技研修による技術の習得が極めて重要で、そういったことが不可欠であると思っておりますので、充実した研修が展開されることを期待しているところでございます。なお、その後、在宅で

入浴するには、当然御家族あるいはホームヘルパーさんたちとの連携は欠かせないと思っていますところでございます。

続きまして、資料3について、申し上げます。

まず、論点1です。リハの計画書を入手することは大変いいことだと思いますけれども、この際に、医療機関側にも通所リハのサービス提供に当たってリハ計画書が必要であるということを周知していく必要があるかと思えます。平成30年度の診療報酬改定では、リハビリテーション計画提供料1ということで、医療機関側から介護のリハビリテーション事業所にリハの実施計画書を提供した場合には、既に評価する加算が設けられておりますので、そういったものもぜひ周知していく必要があると思えます。また、もともと通所リハや訪問リハを使っていた方が元の事業所に戻る場合には、退院前カンファレンスにその事業所の職員が参加しやすいと思えますけれども、新規利用の場合には、退院時において次の通所リハや訪問リハの事業所が決まっていなくて、退院前カンファレンス参加につながりませんので、入院中にケアマネジャーと連携をしてプランニングを進めておくことが前提条件になろうかと思えますので、またよろしくお願ひしたいと思えます。

続きまして、論点2でございます。もともと、最初は規模が大きいからという理由だけで大規模減算、途中からは規模の類型に応じた評価体系・報酬体系になったところであり思えますけれども、この論点等にあり思ますように、質の高い事業所はぜひ評価していくべきだと思えます。例えば、リハマネ加算の算定率が高いものについては、しっかりと評価をしていくべきではないかと思っております。特にそういった質の高い大規模型の(I)と(II)については、通常規模型の報酬と同等とすべきと考えております。

続きまして、論点3でございます。以前も申しましたけれども、予防リハについては、継続しているから維持できているのか、あるいは、中止したら悪化するのかといった検証がなされておきませんので、今後、その辺りは非常に重要なポイントではないかと思っております。今、要支援1の平均年齢が大体81歳程度です。一方で、要介護認定率を見ますと、大体80歳で、10人に1人強、12%ぐらいだと思えます。85歳になると4人に1人、90歳になると2人に1人が、我が国要介護認定率の実態であります。したがって、80歳から90歳にかけての重度化防止は極めて重要で、我が国の介護現場の大きな課題だと思っておりますので、しっかりと予防リハで支えていくことが重要でありますし、言い換えれば、維持をしているということだけで十分なアウトカムになっているということになります。一方で、介護の現場でアウトカムを求めることは、以前から申し上げておき思ますように、必ずしも適切ではなくて、ナチュラルコースでも当然悪化するわけですから、その点については、質の高いプロセスをしっかりと評価していくことが介護サービスについては非常に重要ではないかと思えます。また、要支援・要介護認定者においてリハビリテーションのニーズのない方は一人もいないとも考えておき思ますので、また御検討をお願ひしたいと思えます。

論点4のリハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組については、当然進めていくべ

きだと思っております。通所リハ、訪問リハのリハビリテーションマネジメント加算を算定している利用者においては、これまでもADLの向上等の複数のエビデンスが蓄積されています。したがって、リハビリテーションマネジメント加算の地域にフィッティングしたリハビリテーションカンファレンスの中で管理栄養士あるいは歯科衛生士さん等に参加していただき、より質の高いサービスを提供するといったものを評価していくことは大変いいことではないかと思っております。一方で、在宅においては、非常に人材の不足が著しい中の一つが、歯科衛生士さんであり、管理栄養士さんであります。以前、中医協と介護給付費分科会の同時意見交換会の資料でもありましたけれども、在宅で歯科受診のニーズがありながら歯科受診をしている方が2.4%というデータが示されております。在宅の訪問歯科は、地域によってかなり地域差があつて、難しい面もあろうかと思っておりますので、取りあえず、歯科受診の機会をどう確保するのか、歯科の先生に歯科衛生士さんへの指示を出していただくプロセスをどう担保するかということは極めて重要です。その辺りで歯科受診につなげていただき、歯科衛生士さんにも御活躍を担っていただく、また、管理栄養士さんも、在宅では少ないので、余力のある医療機関あるいは老健等から地域へどんどん出ていただくという形で、限られた人材を有効活用する視点は大変重要ではないかと思っておりますので、また御検討いただければと思っております。

5番の基本報酬への包括化の件について、今、通所リハビリテーションも、決算結果、すなわち、先般の概況調査においても、約5割の事業所が赤字でありますので、包括する以上はしっかりとそれなりの上乗せ評価をお願いしたいと思っております。

最後の論点6ですけれども、これについても、賛成でございます。障害者も年々高齢化が進んでおりますし、しっかりとリハビリテーションで支えていくということは、今後、ますますニーズが高まりますので、ぜひお願いしたいと思っております。

最後に、資料5について。

論点については、賛成でございます。東委員、田中委員からもございましたけれども、総合医学管理加算、いわゆる医療ショートは、治療目的でございます。言わば医療提供とも言えますので、介護サービスの区分支給限度基準額の対象から除外することも十分に考慮すべきではないかと思っております。また、一方で、この加算の算定が非常に低調な実態もございます。これを高めるためにどうすべきかではありますが、例えば、今、中医協等の議論でも、介護施設と医療機関の定期的に顔の見える連携体制の構築というものが議論されているところでありますので、そういった連携の中で、老健にこういったサービス提供があることを認知してもらうことは大変重要ではないかと思っております。また、老健の管理医師もいろいろと専門や得意分野等がございますから、地域の中で、この老健がこういった医療提供ができるのか、あらかじめ医療機関やかかりつけ医と共有しておくことで、こういったサービスの利用が高まることも期待されますので、今後、そういったことも取り組んでいく必要があろうかと思っております。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

ほかはいかがでございましょうか。

田母神委員、よろしく申し上げます。

○田母神委員 申し訳ございません。一言だけ。

療養通所介護におきましても、特定行為研修修了者、認定看護師、専門看護師に關しまして、例えば、褥瘡への看護、がん看護に関する疼痛緩和、特定行為に關しましては脱水への対応ということで、そうしたことをしないという判断も含めて、医師の手順書の範囲で判断力を高めていくことは非常に有用で、利用者の方にも負担のかからないケアに取り組んでいますので、一言、触れさせていただきました。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

ほかはいかがでございましょうか。よろしゅうございますでしょうか。

活発な御議論をありがとうございます。

それでは、事務局におかれましては、本日各委員からいただきました御意見等を十分に踏まえた上で、今後の介護報酬改定に向けた検討を引き続き進めていただきますようお願い申し上げます。

それでは、本日の審議はここまでにしたいと存じます。

最後に、次回の分科会の日程等につきまして、事務局より、説明をお願いいたします。

○奥山総括調整官 事務局でございます。

次回の第230回介護給付費分科会の開催は、11月6日午前を予定しております。議題については、調整中でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、本日はこれで閉会いたします。

お忙しいところ、御参集いただきまして、ありがとうございました。散会いたします。